

Trabajo del Hospital Británico

RETRACTORES ORTOSTATICOS PARA LA GRAN CIRUGIA ABDOMINAL (*)

Dres. Rafael García Capurro, F. Giuria y F. Marín Sánchez

He presentado este año dos trabajos a esta Sociedad, el primero sobre incisiones transversas, el segundo sobre la colocación de un rollo de compresas en la cirugía abdominal.

Cuando presenté el primero de estos trabajos se levantaron algunas voces de estimados colegas en defensa de las incisiones medianas. Les pedí que no se apresuraran puesto que tenía ya inscrito otro trabajo sobre ese tema en que probablemente nos entenderíamos sobre las virtudes de esa incisión.

Siguiendo con la idea de mejorar la presentación de los campos operatorios aliviando al mismo tiempo el trabajo de los ayudantes pongo hoy a consideración de la Sociedad unos retractores ortostáticos fijos a la mesa operatoria para usarse en la gran cirugía, en lo que podríamos llamar la cirugía total o sub-total del abdomen. Estos retractores también prestarán utilidad en la cirugía por regiones.

Además expondré algunos conceptos sobre la cirugía total del abdomen a que me han llevado el uso de estos separadores.

Era con envidia que yo veía trabajar a los cirujanos de tórax, que, a pesar de tener que atravesar una pared poco complaciente sabían hacerse la luz amplia que les permitían realizar su tarea con comodidad y precisión.

¿Por qué entonces en el abdomen no podíamos hacer otro tanto? ¿Por qué nuestros separadores habían de ser mezquinos? ¿Por qué nuestros ayudantes habían de debatirse en la pesada e ingrata tarea de luchar contra la pared abdominal, cuando po-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 3 de agosto de 1955.

dían ser más útiles colaborando en los tiempos esenciales del acto operatorio?

Los cirujanos conformaron su estrategia operatoria sobre un estudio anatómico por regiones (Testu Jacob). Esos conceptos han quedado profundamente marcados en nuestro espíritu inhibiéndonos en el planteamiento de las grandes operaciones. En ciertos casos de gran cirugía hay que olvidar la anatomía topográfica y volver a la descriptiva.

La cirugía se encara generalmente por regiones planeando el trabajo que ha de realizarse en una o en varias. Las incisiones transversas a las que me referí en mi trabajo anterior responden siempre a un planteamiento de ese tipo aunque se extiendan a varias regiones.

Para algunos casos, seguramente de excepción, es sin embargo necesario tener claramente dominado el concepto de la cirugía total del abdomen. Concepto que habrá de facilitarnos la realización de nuestra tarea y algunas intervenciones de otro modo muy trabajosas podrán realizarse a plena luz y con extrema facilidad. La sensación de que es necesario disponer de instrumentos que permitan una gran separación la encontramos hoy latente en todos los medios quirúrgicos.

La incisión mediana, parcial o total, ayudada de buenos retractoros es la vía apropiada para este tipo de cirugía.

Según las maniobras que hayan de realizarse será o no necesario sacar totalmente el intestino delgado como aconseja Brunswick poniéndolo dentro de una bolsa de plástico que permita apartarlo en su totalidad.

Cuando debamos trabajar en el retroperitoneo ya sea en la zona mediana vascular o en las regiones lumbares, puede ser necesario decolar el colon y su meso hasta llegar a la línea media dejando así totalmente vacío un hemivientre.

Podemos decir ahora que el dominar totalmente la aorta y los vasos que de ella nacen pone en nuestras manos los pedículos de todos los órganos del abdomen. Así en un tumor de riñón podemos ligar previamente el pedículo renal antes de comenzar la extirpación tumoral. Lo cual nos permitirá una cirugía evidentemente más segura.

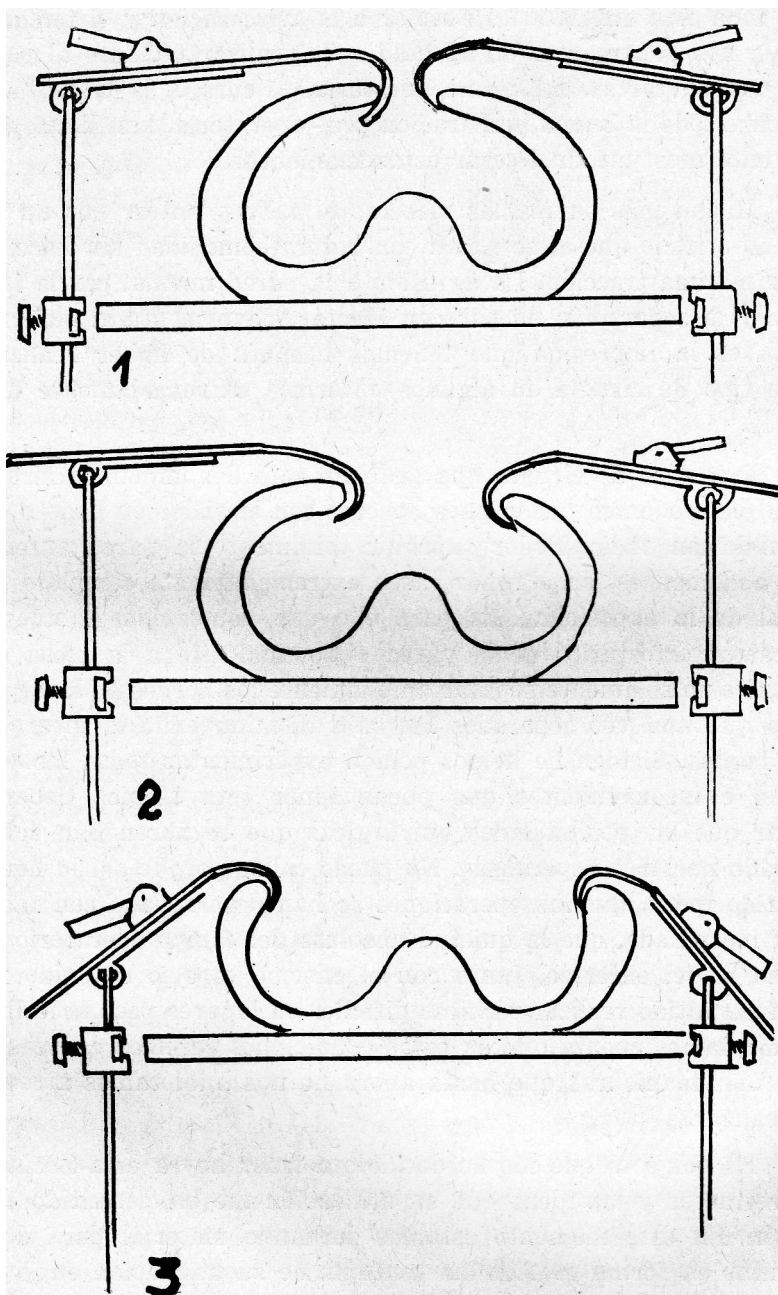
¿Por qué hasta ahora no hemos planteado nuestra cirugía

con toda esta amplitud? El temor a la evisceración y el temor al shock nos han mantenido apartados de realizar técnicas al parecer tan agresivas. La buena anestesia, el curare, la transfusión y sobre todo la buena preparación pre - operatoria, han hecho que los enfermos puedan tolerar estas maniobras.

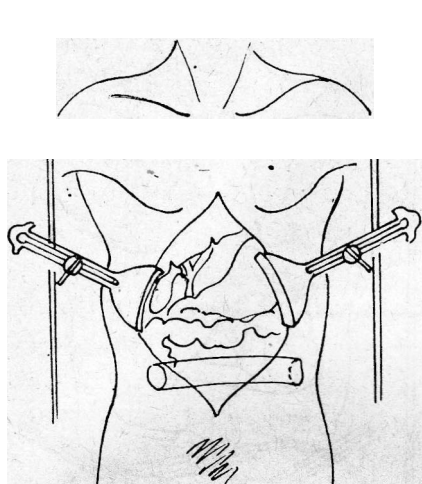
Mucho más sufren las vísceras al salir y entrar por un pequeño orificio que si se sacan con entera comodidad sin hacer la más mínima tracción. La agresión a la pared misma, por la incisión y la separación no parecen afectar mayormente al enfermo. Esta es la impresión que tenemos después de haber realizado este tipo de cirugía en algunos enfermos extremadamente delicados.

Este tipo de cirugía que gráficamente denominamos cirugía total del abdomen puede pues hacerse con el abdomen lleno o con el abdomen vacío. Poder suprimir totalmente la pared anterior del abdomen es, en algunos casos extremadamente complejos, el ideal de la exposición. Es para ello que hemos ideado nuestro retractor ortostático de la pared abdominal fijo a la mesa que permite no solamente separar ampliamente los bordes de la herida sino que una vez separados los baja disminuyendo la altura de los bordes. Si bien no hemos podido experimentar todas las ventajas e inconvenientes que pueda tener esta técnica debemos decir que las posibilidades quirúrgicas que se abren han sobrepasado nuestras esperanzas. No puedo callar porque así lo hemos sentido todos, que las operaciones se han desarrollado con facilidad inesperada, que la quietud absoluta del campo operatorio así como la del enfermo, junto con el enorme espacio obtenido nos han permitido realizar técnicas difíciles en lugares poco accesibles y nos damos cuenta que en estas condiciones seremos capaces de efectuar maniobras que hasta ahora no nos hubiéramos atrevido a realizar.

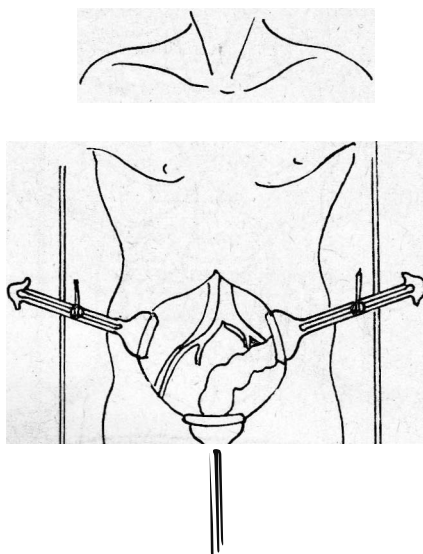
Es por esto que me he decidido a traer hoy a esta Sociedad el retractor y las ideas que su utilización me ha permitido concebir. En este momento estamos juntando material para documentar en forma gráfica las ventajas de su utilización en diversas regiones. Varios colegas, algunos aquí presentes ya tienen cierta experiencia en las posibilidades de este retractor. La acep-



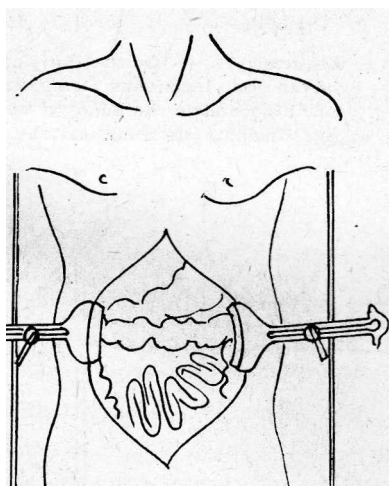
Esquema 1, 2 y 3, muestra: 1. Colocación de las valvas en una mesita mediana. 2. Separación. 3. Aplanamiento de la cavidad abdominal.



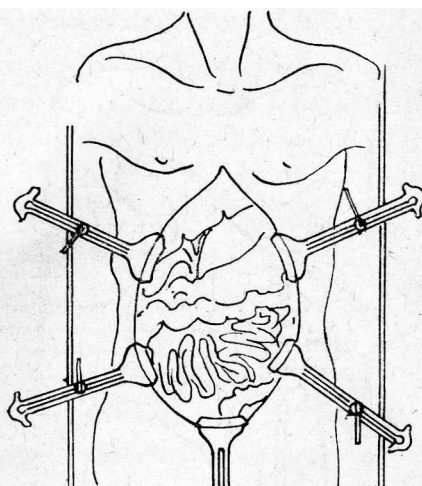
Esquema 4. — Colocación de las valvas en un abordaje sub-total del abdomen predominando en hemivientre superior.



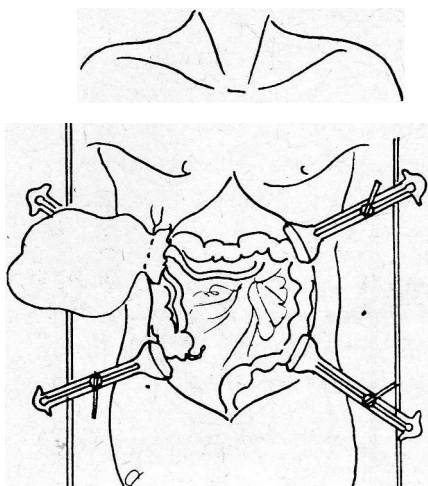
Esquema 6. — En la parte inferior.



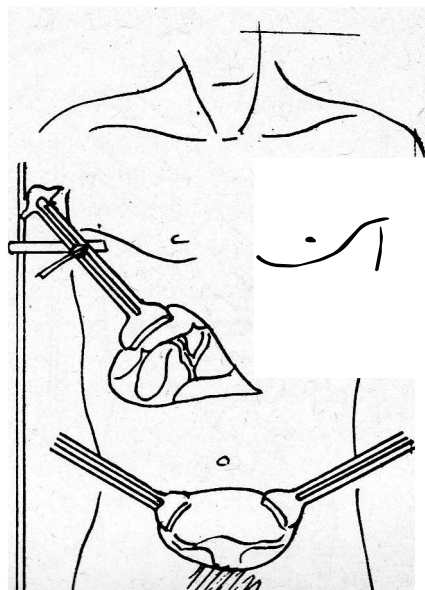
Esquema 5. — En la parte media del abdomen.



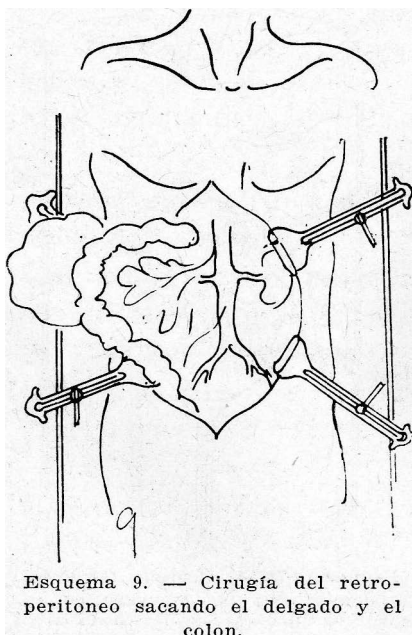
Esquema 7. — Cirugía total del abdomen con las vísceras en su interior.



Esquema 8. — Cirugía total del abdomen sacando el intestino delgado.



Esquema 10. — Colocación de las valvas en incisiones transversas del hipocondrio derecho y en la incisión de Pfannestiel.



Esquema 9. — Cirugía del retroperitoneo sacando el delgado y el colon.

tación que por ellos ha tenido me ha empujado a traerlo a consideración de Uds.

El retractor se compone de valvas semejantes a las suprapúbicas, comúnmente usadas en ginecología y como puede verse en los esquemas adjuntos, se fijan en forma similar a ésta a ramas verticales que se sujetan a la varilla metálica que corre a lo largo de los bordes de la mesa de operaciones.

Una articulación móvil en la unión de la porción horizontal con la vertical permite dar a estas valvas todas las posiciones e inclinaciones lo cual hace que se adapten a los bordes de las incisiones verticales o mismo oblicuas hasta 45°. Pueden también usarse como retractores fijos de reborde costal en el abordaje de los hipocondrios. Las valvas son de diversos tamaños para adaptarse a las necesidades de las diversas incisiones.

Una vez realizada la separación, se hace descender los mangos de las valvas hasta cerca del plano de la mesa, lo cual abre la cavidad abdominal tendiendo a aplanarla.

Pueden también usarse como separadores de costillas en la cirugía torácica, teniendo la ventaja de fijar el tórax del enfermo, aunque no tienen la potencia del separador de Finocchietto.

Seguramente a medida que aumente nuestra experiencia conoceremos mejor la repercusión que el uso de este separador tiene sobre la anestesia y otras maniobras concomitantes a la operación.

Este separador puede usarse en la cirugía sub-total del abdomen superior con dos ramas aplicadas a los rebordes costales.

En la cirugía del abdomen inferior con tres valvas, dos laterales y una supra púlica. Y en la cirugía del abdomen total, con dos o hasta cinco valvas como se ve en los esquemas adjuntos.

Este separador ha sido construido para ser colocado en la mesa de operaciones fabricada por la American Steralyzar, pero fácilmente podrá adaptarse a otras.

No quiero terminar sin nombrar a mis compañeros de trabajo los Profs. Cendán, B. Urioste y J. P. Otero y a mis colaboradores Dres. Marín Sánchez, Giuria, Barreneche, Michelini, Varela, Posse y Sierra Morató, con los cuales en muchas conversaciones

hemos intercambiado las ideas a que hoy nos referimos y a las cuales han contribuido como tiene que suceder cuando un grupo de personas trabajan juntas sobre los mismos problemas.

Dr. García Capurro. — Si nadie más hace uso de la palabra, voy a contestar a los que amablemente han comentado mi trabajo.

Al Dr. Palma le diré que como tenemos algunos colaboradores comunes, lo que él hace en la cirugía abdominal también ha influido en este trabajo que acabo de presentar. De manera que en parte es culpable de lo que he dicho hoy y creo que con eso nos entendemos.

Lo que dice el Dr. Yannicelli lo comparto enteramente. Pero este tipo de cirugía de que he hablado hoy es para usarlo nada más que cuando se precisa. Hay casos en que toda la luz que nosotros demos, no nos alcanza y aún con toda la luz, a veces no podemos hacer la operación; es para esos casos extremos para los cuales yo he planteado las cosas en estos términos.

Los que me escucharon hablar de cirugía por incisión transversa el otro día, saben de que también sé actuar en forma limitada a las necesidades, cuando las necesidades son pocas.

Agradezco a todos los comentarios y es todo lo que tenía que decir.